

3. számú melléklet Fiad Község Önkormányzatának a pénzügyi és természetbeni szociális támogatások rendszeréről, valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális és gyermekjóléti ellátásokról szóló 11/2018.(XI.28.) számú önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki)

1. Igazolom, hogy

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási

szerv..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a

.....megyei gyermek szakfőorvos.....számú

igazolása, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó

intézmény szakrendelő intézet szakorvosa

által kiadottkeltű igazolás/zárójelentés alapján

állítottam ki.

III. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

a.) 3 hónapnál hosszabb

b.) 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:.....

.....

házi orvos aláírása